

مرجعہ نامہ برائے امداد اطفال
CHILD SUPPORT REFERRAL

سوشل سیورٹی ایکٹ کے عنوان IV-D کی وضاحت کے تحت ڈویژن آف چائلڈ سپورٹ آپ کے چائلڈ سپورٹ کے استحکام کے مقاصد کے لیے آپ کا سوشل سیورٹی نمبر استعمال کرے گا۔	
لے۔ بچوں کے والدین سے متعلق معلومات	
بچوں کی ماں	
نام (پہلا/درمیانی/آخری):	
دیگر نام جو استعمال کئے گئے ہوں:	
پنی او باکس یا سڑک کا پتہ:	
شہر:	ریاست:
زپ کوڈ:	
رہائشی ٹیلی فون نمبر:	پیغام کے لیے ٹیلی فون نمبر:
سوشل سیورٹی نمبر:	تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال):
جائے پیدائش (شہر/کاؤنٹی/ریاست/ملک):	
نسل:	لمبائی:
وزن:	بالوں کا رنگ:
آنکھوں کا رنگ:	
مادری زبان (اگر انگریزی کے علاوہ کسی زبان میں مراسلت مطلوب ہو):	
اگر انڈین ٹرائب (Indian Tribe) میں اندراج شدہ ہوں تو:	
انڈین ریرویشن پر گزارہ کر رہے ہیں: <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> ہاں	
آخری معلوم آجر کا نام:	
آجر کا پوسٹ باکس یا سڑک کا پتہ:	
شہر:	ریاست:
زپ کوڈ:	
آجر کا ٹیلی فون نمبر:	
ماں کے والد کا نام:	ماں کی ماں کا اصل نام:
بی۔ بچوں کی رہائش	
صفحہ 2 پر درج شدہ سچے رہتے ہیں: <input type="checkbox"/> ماں کے ساتھ <input type="checkbox"/> باپ کے ساتھ <input type="checkbox"/> کسی اور کے ساتھ (وضاحت کریں):	
سی۔ اگر بچے ماں یا باپ کے ساتھ نہ رہتے ہوں تو یہ سیکشن مکمل کریں	
آپ کا نام:	آپ کا پنی او باکس یا سڑک کا پتہ:
آپ کا سوشل سیورٹی نمبر:	آپ کا شہر:
آپ کا زپ کوڈ:	آپ کی ریاست:
آپ کا ٹیلی فون نمبر:	بچوں سے آپ کا رشتہ:

ڈی. اُن بچوں سے متعلق معلومات جن کے لیے آپ کو چائلڈ سپورٹ مطلوب ہے			
صفحہ 1 پر درج صرف اُن والدین کے بچوں کی فہرست ہے جو آپ کے گھر میں رہتے ہوں۔ اگر ضرورت ہو تو اضافی ورق استعمال کریں۔			
بچے کا نام (پہلا/درمیانی/آخری):	جنس:	سوشل سکیورٹی نمبر:	کیا باپ نے ولدیت کے حلف نامے پر دستخط کیا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال):	جائے پیدائش (شہر/کاؤنٹی/ریاست/ملک):		
کیا ماں کو اس بچے کا حامل ریاست واشنگٹن میں ٹھہرا تھا؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اگر نہیں، تو کہاں (کاؤنٹی/ریاست):		
کیا اس بچے کے لیے سپورٹ آرڈر ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اگر ہاں تو آرڈر کی تاریخ (ماہ/دن/سال):	اگر ہاں تو وہ مقام جہاں آرڈر درج ہوا (کاؤنٹی/ریاست/قبیلہ):	
<hr/>			
بچے کا نام (پہلا/درمیانی/آخری):	جنس:	سوشل سکیورٹی نمبر:	کیا باپ نے ولدیت کے حلف نامے پر دستخط کیا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال):	جائے پیدائش (شہر/کاؤنٹی/ریاست/ملک):		
کیا ماں کو اس بچے کا حامل ریاست واشنگٹن میں ٹھہرا تھا؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اگر نہیں، تو کہاں (کاؤنٹی/ریاست):		
کیا اس بچے کے لیے سپورٹ آرڈر ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اگر ہاں تو آرڈر کی تاریخ (ماہ/دن/سال):	اگر ہاں تو وہ مقام جہاں آرڈر درج ہوا (کاؤنٹی/ریاست/قبیلہ):	
<hr/>			
بچے کا نام (پہلا/درمیانی/آخری):	جنس:	سوشل سکیورٹی نمبر:	کیا باپ نے ولدیت کے حلف نامے پر دستخط کیا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
تاریخ پیدائش (ماہ/دن/سال):	جائے پیدائش (شہر/کاؤنٹی/ریاست/ملک):		
کیا ماں کو اس بچے کا حامل ریاست واشنگٹن میں ٹھہرا تھا؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اگر نہیں، تو کہاں (کاؤنٹی/ریاست):		
کیا اس بچے کے لیے سپورٹ آرڈر ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اگر ہاں تو آرڈر کی تاریخ (ماہ/دن/سال):	اگر ہاں تو وہ مقام جہاں آرڈر درج ہوا (کاؤنٹی/ریاست/قبیلہ):	
<hr/>			
ای. مندرجہ بالا بچوں کے والدین کی شادی سے متعلق معلومات			
شادی کی تاریخ (ماہ/دن/سال):	شادی کی جگہ (ملک/ریاست):		
طلاق کی تاریخ (ماہ/دن/سال):	طلاق کی جگہ (ملک/ریاست):		
علیحدگی کی تاریخ (ماہ/دن/سال):	علیحدگی کی جگہ (ملک/ریاست):		
<hr/>			
ایف. سرکاری امداد اور امدادِ اطفال کی ادائیگی سے متعلق معلومات			
کیا آپ کو یا مذکورہ بالا بچوں کو کسی دوسری ریاست میں سرکاری امداد ملی ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں			
اگر ہاں، تو کہاں (ممالک/ریاستیں):		اگر ہاں، تو کب (ماہ/سال):	
اگر مندرجہ بالا بچوں کے لیے چائلڈ سپورٹ آرڈر ہوا تھا اور آپ نے بھی ان بچوں کے لیے چائلڈ سپورٹ کی ادائیگیاں وصول کی ہوں تو آپ کو موصول ہونے والی کل رقم کتنی ہے ڈالر۔ براہ کرم تمام سپورٹ آرڈر کی کاپیاں منسلک کریں۔			
<hr/>			
جی. اعلان			
میں اس سے اتفاق کرتا ہوں کہ سپورٹ کی ادائیگی کے ذمہ دار والدین چائلڈ سپورٹ کی وصولی سے متعلق کسی نئی یا تبدیل شدہ معلومات کے بارے میں فوراً تحریری طور پر ڈویژن آف چائلڈ سپورٹ کو مطلع کروں گا۔ میں ریاست واشنگٹن کے قوانین کے تحت دھوکہ دہی کی سزا کے تحت تصدیق کرتا ہوں یا اعلان کرتا ہوں کہ مندرجہ بالا بیان صحیح اور درست ہے۔ ، واشنگٹن میں دستخط شدہ۔			
دستخط:	تاریخ:		
نسل، رنگ، قومی اصل، ذات، مذہب، جنس، عمر یا معذوری کی بنیاد پر روزگار، خدمات یا پروگرام کی سرگرمیوں کے کسی گوشے میں کسی شخص سے امتیازی برتاؤ نہیں کیا جائے گا۔ یہ فارم درخواست کیے جانے پر متبادل فارمیٹوں میں دستیاب ہے۔			